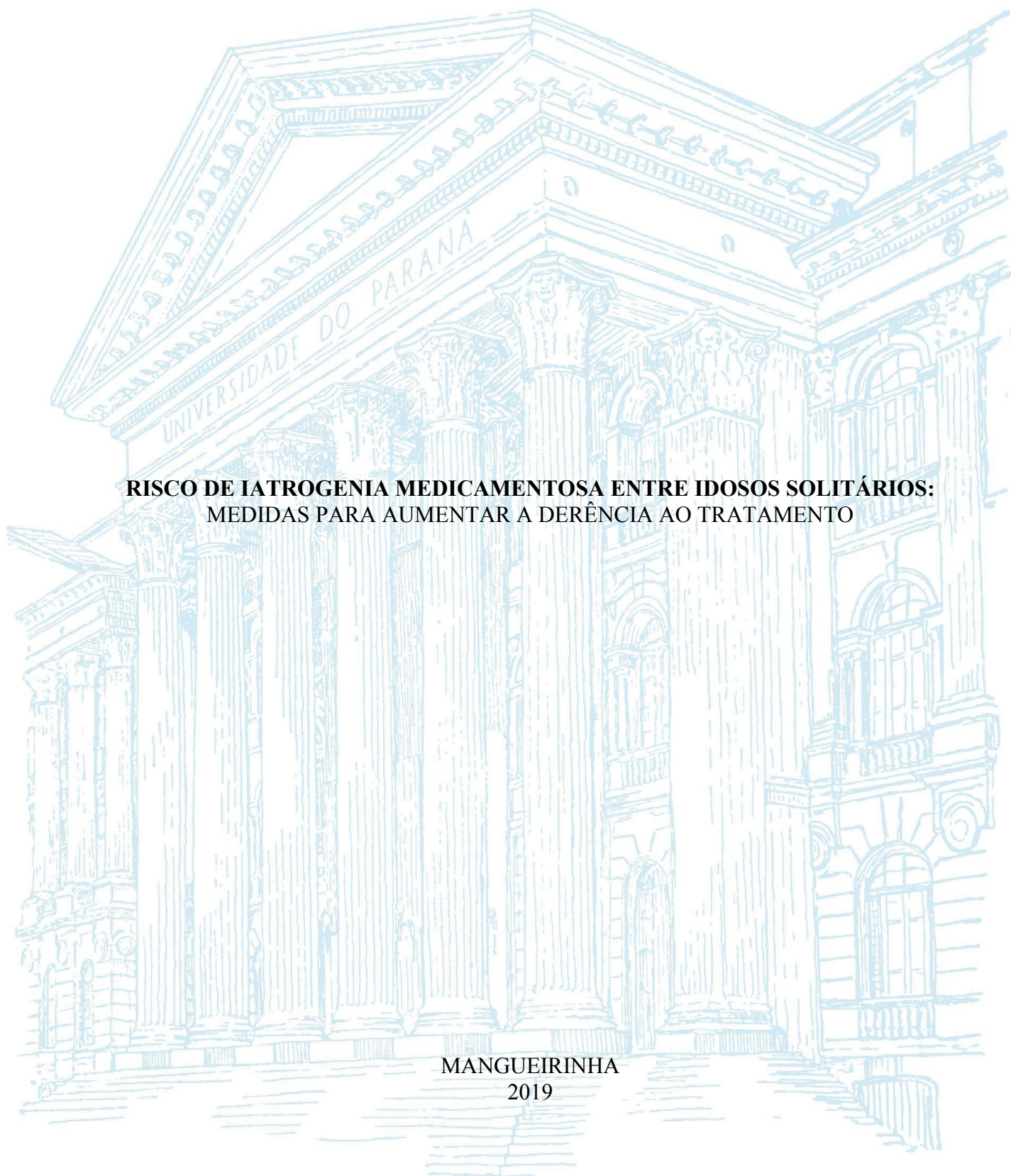


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

RUBEN GILBERTO VOGT

**RISCO DE IATROGENIA MEDICAMENTOSA ENTRE IDOSOS SOLITÁRIOS:  
MEDIDAS PARA AUMENTAR A DERÊNCIA AO TRATAMENTO**

MANGUEIRINHA  
2019



RUBEN GILBERTO VOGT

**RISCO DE IATROGENIA MEDICAMENTOSA ENTRE IDOSOS SOLITÁRIOS:  
MEDIDAS PARA AUMENTAR A ADERÊNCIA AO TRATAMENTO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Atenção Básica  
como exigência parcial para obtenção do título  
de especialização, Setor de Ciências da Saúde,  
Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Vitor Last Pintarelli.

Ao meu filho VICTOR HUGO, tentando compensar a distância imposta pelo ofício.

## RESUMO

A Organização Mundial da Saúde afirma que uma solução para o problema da baixa adesão aos tratamentos tem potencial de ganhos extraordinários, maiores que qualquer inovação no tratamento específico de qualquer doença. Este documento tem por objetivo apresentar um conjunto de ferramentas e práticas criadas para o atendimento de pessoas idosas solitárias, sujeitas a altos riscos de iatrogenia por falta de adesão plena aos tratamentos. O projeto foi desenvolvido com metodologia de pesquisa no território de uma Unidade Básica de Saúde no interior do Paraná durante o primeiro semestre de 2019. A população alvo foi identificada pelos Agentes Comunitários de Saúde. O primeiro resultado foi um inventário dos pacientes moradores solitários, afetados pela senilidade e vitimados pelo abandono, combinações potencialmente letais. Do desenvolvimento de ferramentas resultaram: uma *pochette* para organização dos remédios de uso contínuo, uma tabela iconográfica de horários para facilitar o seguimento da posologia, uma folheto de práticas culinárias saudáveis e um folheto com recomendações de hábitos de vida que preservam a vitalidade e o bem estar do idoso. Foram aplicados procedimentos para identificação e treinamento de parentes, amigos, e vizinhos em condições de assumir a supervisão de cuidados. Como resultado parcial (1ºSem/2019), cerca de 30% dos idosos solitários já tinham um cuidador designado e habilitado. Metas finais e cronograma completo são apresentados neste documento, no formato de um plano de intervenção. A conclusão é que este trabalho não se encerra com a publicação dos primeiros resultados, porque, seguindo os princípios da pesquisa, novas oportunidades no campo da adesão ao tratamento estão sendo identificadas e novas ações de prevenção à iatrogenia medicamentosa prosseguem em desenvolvimento.

### **Palavras-chave.**

Saúde do idoso; Idoso solitário; Adesão ao tratamento; Risco iatrogênico; Doença iatrogênica. Iatrogenia medicamentosa.

## **ABSTRACT**

The World Health Organization states that a solution to the problem of low adherence to treatments has an extraordinary potential of gains, greater than any innovation in the specific treatment of any disease. The objective of this document is to present a set of tools and practices designed to care lonely elderly, people who are at high iatrogenic risk due to a lack of adherence to their prescribed treatments. The project was developed using action-research methodology in the territory of a Basic Health Unit in the country side of Paraná estate, south of Brazil, during the first semester of 2019. The target population was identified by the Community Health Agents. The first result was an inventory of the solitary resident elders, affected by senility and victimized by abandonment, both potentially lethal combinations. The development of tools resulted in: a *pochette* for the organization of continuous medication, an iconographic spreadsheet to facilitate drug scheduling, a leaflet of healthy cooking practices and a leaflet with salutary life habits that preserve vitality and well-being of the elderly. Procedures were applied to identify and train relatives, friends, and neighbours in conditions to take care supervision. As a partial result (1st Half / 2019), about 30% of the lonely elders had already a designated and qualified caregiver. Final goals and a complete timeline are presented in this document, in the format of an intervention plan. The conclusion is that this work does not end with the publication of the first results, because, following the principles of action-research methodology, new opportunities in the field of treatment compliance are being identified and new actions to prevent drug iatrogenesis are still being developed.

### **Keywords:**

Health of the elderly; Lonely elder; Treatment adherence and compliance; Iatrogenic risk; Iatrogenic disease; Drug iatrogenesis.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1:	
Primeira reunião de treinamento.....	28
Figura 2:	
Listas de levantamento do público alvo .....	29
Figura 3:	
Inventário dos Moradores Solitários .....	29
Figura 4:	
<i>Pochette</i> para organização dos remédios .....	30
Figura 5:	
Folheto “Hora dos Remédios” .....	30
Figura 6:	
Folheto “Dieta do idoso e práticas culinárias saudáveis” .....	31

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	
Parâmetros de avaliação .....	16
Tabela 2:	
Estratégias e procedimentos de intervenção .....	19
Tabela 3:	
Cronograma do plano de intervenção .....	33

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
DIAGNÓSTICO DA REALIDADE .....	9
O PROBLEMA.....	13
JUSTIFICATIVA .....	13
OBJETIVOS .....	14
<b>2 MÉTODO.....</b>	<b>17</b>
METODOLOGIA DE PESQUISAÇÃO .....	17
PÚBLICO ALVO .....	17
ATUAÇÃO CONJUNTA.....	20
CARACTERÍSTICAS DOS PRODUTOS / RECURSOS GERADOS .....	20
MEIOS DE DIVULGAÇÃO .....	22
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>23</b>
RECOMENDAÇÕES DO SUS.....	23
PREOCUPAÇÕES DA OMS .....	23
ORIENTAÇÕES DA AMB/CFM .....	24
DISCUSSÕES CIENTÍFICAS E ACADÊMICAS .....	24
ESPECULAÇÕES DO LIVRE PENSAR .....	25
<b>4 RESULTADOS / DISCUSSÃO .....</b>	<b>27</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>34</b>
 <b>REFERÊNCIAS .....</b>	 <b>36</b>



## **1 INTRODUÇÃO**

### **DIAGNÓSTICO DA REALIDADE**

#### **a) Contexto social da comunidade**

Mangueirinha é um município pequeno do sudoeste do Paraná, situado às margens do Rio Iguaçu, na região das grandes represas hidrelétricas. A população de 16 mil habitantes é distribuída entre 7 mil na sede do município de 9 mil no interior, em diversos pequenos distritos em vasta área rural e uma reserva indígena. A economia é predominantemente agropecuária com destaque para o cultivo da soja, milho, feijão, trigo, aveia e criação de gado leiteiro, suínos e aves. O setor industrial é formado por algumas fábricas de vestuário, um frigorífico, um laticínio e diversos armazéns de cooperativas agrícolas. A usina hidrelétrica de Segredo, a maior das represas do Rio Iguaçu, está localizada no interior do município, formando um grande lago artificial com extraordinário potencial turístico, ainda pouco explorado, e a geração de energia elétrica representa um importante fator de arrecadação para o município. O comércio e os serviços são limitados a algumas lojas de confecções, móveis e eletrodomésticos, revendas de máquinas agrícolas, bancos, e escritórios de serviços profissionais.

#### **b) Perfil da Comunidade**

A população de mangueirinha é formada por um amálgama de diversas etnias, com predomínio de italianos, alemães e indígenas. A cultura é influenciada por tradições sulistas, com destaque para o chimarrão, música gauchesca e festas religiosas.

A sociedade civil de Mangueirinha está organizada em associações de moradores, que são mais atuantes nos distritos rurais e conta com Conselhos Municipais, com destaque para o Conselho Municipal de Saúde pela sua atuação junto ao consórcio regional de municípios da 7ª regional de saúde.

Mangueirinha tem um Centro de Saúde que abriga a Secretaria Municipal de Saúde, três Unidades Básicas de Saúde (ESF), a Clínica da Mulher e da Criança, o NASF e o SAMU. Tem também um Hospital e Pronto Socorro, um CAPS e outros serviços de apoio

como Assistência Social, localizados na região central da cidade. Na área rural existem mais sete unidades de ESF, sediadas em distritos distantes até 40 quilômetros, alguns com difíceis condições de acesso. A cidade polo para atenção Secundária é Pato Branco/PR (sede do consórcio intermunicipal de saúde), e a atenção terciária especializada ocorre majoritariamente em Curitiba/PR.

No que se refere à educação, Manguairinha tem uma rede de ensino público formada por escolas municipais e estaduais e duas faculdades privadas voltadas para cursos na área de ciências humanas. As Secretarias de Saúde e Educação desenvolvem diversas ações em conjunto, com destaque para as atividades relacionadas à saúde bucal nas escolas de ensino fundamental e as palestras de educação em saúde nas escolas de ensino médio. Em todos os meses do ano são realizadas campanhas específicas, como Agosto Azul, Setembro Amarelo, Outubro Rosa, etc. com particularidades como esta: o mês dedicado aos homens é Agosto mesmo, e não Novembro, como no calendário nacional.

### **c) Características da Unidade de Saúde**

A Unidade Básica de Saúde – ESF Central está localizada no centro da cidade, na sede da Secretaria Municipal de Saúde. As instalações são modestas, os consultórios são pequenos, contando apenas com equipamentos básicos.

A população adstrita é de aproximadamente 3.500 habitantes e são realizados cerca de 1.500 atendimentos por mês. O número de consultas *per capita* é elevado, com *turnover* de atendimentos chegando a 40% ao mês. Esse comportamento da demanda é parcialmente explicado pela procura espontânea de pessoas em trânsito, que naturalmente tendem a buscar ajuda na unidade central do município, e também por moradores de outros municípios da microrregião, atraídos pela qualidade do atendimento e pelo excelente suprimento da farmácia municipal.

A equipe é composta por dois médicos, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e seis agentes comunitárias de saúde, mas estão disponíveis também equipes multiprofissionais de dentistas, fisioterapeutas, psicólogos que atendem conjuntamente os pacientes das UBSs urbanas. A necessidade de dois médicos é justificada pela alta demanda, mas já existem estudos para uma eventual divisão do território e criação de mais uma UBS.

#### **d) Características da população atendida**

O perfil demográfico da UBS-CENTRAL no município de Mangueirinha/PR, de acordo com os dados extraídos do E-SUS no final de 2018 é caracterizado pelos seguintes números: população adstrita de 3.495 pessoas, distribuídas em 1.479 famílias (média de 2,36 pessoas por família), sendo que 88% residem na área urbana e apenas 12% na área rural, visto que o território abrangido é predominantemente o centro da cidade e apenas algumas famílias residentes nas proximidades da área alagada pela represa de Segredo. A distribuição por sexo é de 2.015 homens (52%) e 1.893 mulheres (48%). Este ligeiro predomínio masculino pode ser explicado pela atividade agropecuária do município, onde os filhos homens tendem a permanecer na atividade rural com os pais, e as filhas mulheres tendem a migrar para centros maiores em busca de formação acadêmica. A distribuição por faixa etária é de 47 crianças menores de 1 ano (1,19%), 393 crianças de 1 a 9 anos (9,96%), 644 adolescentes de 10 a 19 anos (16,3%), 2.163 adultos de 20 a 59 anos (54,8%) e 698 idosos acima de 60 anos (17,7%). Como se observa, a população idosa ainda é relativamente baixa e a possível explicação para esta característica é o êxodo rural, que traz para a cidade a população mais jovem e mantém no campo as pessoas mais idosas, que são atendidas nas unidades de saúde dos distritos rurais.

#### **e) Perfil epidemiológico**

O perfil epidemiológico da população, de acordo com o SIM – Sistema de Informação de Mortalidade indica as seguintes principais causas de mortalidade no ano de 2017: (1ª) Doenças do aparelho circulatório, (2ª) Neoplasias, (3ª) Doenças do aparelho respiratório, (4ª) Causas externas e (5ª) Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte. O Coeficiente Geral de Mortalidade em 2017 foi de 5,86%, sendo que não houve nenhuma morte materna (Razão de mortalidade materna: zero) e nenhum óbito infantil entre menores de 1 ano (Taxa de mortalidade infantil: zero), mas convém registrar a ocorrência de 5 casos de natimortos por afecções perinatais, o que requer mais atenção às gestantes, especialmente nas áreas rurais remotas, de difícil acesso.

#### **f) Doenças mais comuns**

No que se refere às doenças que mais atingem a nossa comunidade, destacam-se a hipertensão, com prevalência no final de Abril/18 de 744 casos e diabetes com 154 casos, além de 37 casos de neoplasias e cerca de 30 idosos acamados, com doenças senis, que demandam visitas domiciliares.

A sífilis vem aumentando em todo o país e também no nosso município, tendo sido registrados três casos de sífilis congênita em Mangueirinha, mas nenhuma ocorrência na comunidade atendida pela UBS Central. A tuberculose é rara na nossa região, tendo sido registrado em 2017 apenas um caso, alóctone, e durante o tratamento o paciente mudou-se para outra cidade, com a respectiva transferência do caso. O município de Mangueirinha registra com satisfação zero casos de dengue, apesar da proximidade com as áreas alagadas das represas, propícias para a proliferação de mosquitos, graças ao bom trabalho de prevenção realizado pela equipe de Epidemiologia e da população em geral.

Com relação aos serviços de saúde, destaque para a cobertura vacinal de crianças menores de 1 ano, que alcançou a marca de 99,8% em 2017, informações extraídas do SI-PNI – Sistema de informação do programa nacional de imunização. Das 298 gestantes no mesmo ano, mais de 99% realizaram sete ou mais consultas de pré-natal. Estes números foram atingidos pelo trabalho proativo das Agentes Comunitárias de Saúde que realizam sistematicamente buscas ativas, e pela parceria entre as equipes ESF com a Clínica da Criança e da Mulher.

#### **g) Queixas mais comuns**

Entre as queixas mais comuns, destaque para a campeã (1ª) Dor Lombar, devido ao grande número de trabalhadores rurais e trabalhadores da indústria de confecções, submetidos a atividades laborais penosas e com grande esforço físico, (2ª) Infecção de vias aéreas, apesar da boa cobertura vacinal para Gripe, devido ao inverno rigoroso da região, (3ª) Depressão e (4ª) Ansiedade, ambas em demanda crescente e (5ª) Solicitações de encaminhamento ao Oftalmologista, porque o serviço foi recentemente introduzido em nosso município e havia uma grande demanda reprimida.

Além das doenças e agravos descritos acima, temos 41 pessoas alcoolistas e 262 fumantes. Em Junho e Outubro de 2018 foram formados os primeiros grupos antitabagistas,

conduzidos pela UBS Central em conjunto com o NASF, com bons resultados, e atualmente a prática está sendo expandida para a população das demais unidades de saúde.

## O PROBLEMA

### **Risco de iatrogenia medicamentosa entre idosos solitários**

Nas visitas domiciliares é comum encontrar pessoas idosas morando sozinhas, muitas vezes acometidas por doenças incapacitantes, em graus avançados de senilidade. Essas pessoas se enquadram em situação de risco de **iatrogenia medicamentosa**, definida como o dano à saúde causado pelo uso indevido de remédios e configura um espectro de situações que variam da subdosagem ao excesso posológico, todas potencialmente prejudiciais ou letais.

As causas são múltiplas: esquecimento do horário de usar o remédio e da quantidade (dose) de cada remédio, medicamentos guardados em múltiplos locais, sob o efeito deletério de luz, calor, umidade, falta de um recipiente adequado para guardar os remédios, medicamentos vencidos, embalagens abertas, diferentes embalagens para o mesmo remédio, interação medicamentosa de remédios prescritos por diferentes médicos, remédios de diferentes usuários na mesma caixa, analfabetismo funcional, bulas complexas e receitas ilegíveis, crendices e tabus, remédios clandestinos, remédios caseiros, remédios emprestados, misturados com objetos estranhos (pilhas, moedas, temperos, fósforos, velas, amuletos, terços, inseticidas, insetos, agulhas, botões...), falta de dinheiro para adquirir os remédios prescritos, dificuldade de deslocamento para buscar os remédios na unidade de saúde...

A pergunta chave que se impõe nesse contexto é: existe algo que se possa fazer, no âmbito das Unidades Básicas de Saúde para evitar ou mitigar o risco de iatrogenia medicamentosa entre idosos solitários? A resposta é positiva e este será o objeto central deste projeto.

## JUSTIFICATIVA

O isolamento familiar e social dos idosos é uma constatação cada vez mais frequente, atribuída (1) ao envelhecimento da população mundial, fenômeno que está

mudando o perfil das pirâmides atuariais, e (2) às mudanças na cultura ocidental que têm afastado, cada vez mais, os idosos de suas famílias.

No Brasil, a perspectiva é preocupante, em função do aumento expressivo da população idosa (os baby boomers) e pelo aperfeiçoamento dos tratamentos de doenças crônicas que prolongam a sobrevida. Na Unidade Básica de Saúde ESF Central de Mangueirinha-PR não é diferente. Basta ouvir os relatos das Agentes Comunitárias de Saúde e realizar algumas visitas domiciliares para identificar idosos que vivem isolados, com pouco ou nenhum apoio familiar, e constatar, pessoalmente, os riscos a que estão submetidos.

As consequências da iatrogenia medicamentosa são potencialmente catastróficas, como submedicação, overdoses, reações adversas, efeitos colaterais, interações medicamentosas prejudiciais, alergias medicamentosas, progressão das doenças, resistência bacteriana, internações, encarecimento dos custos de tratamento, sequelas e óbitos. Este projeto pretende reduzir esse risco, conforme detalhado no quadro de objetivos.

## OBJETIVOS

### **Objetivo Geral**

Reduzir o risco de iatrogenia medicamentosa entre idosos solitários em 100% do território até Dez/2019.

### **Objetivos Específicos**

- a) Identificar e quantificar todos os pacientes moradores solitários idosos ou portadores de limitações físicas ou mentais
- b) Identificar e designar cuidadores (parentes, amigos, vizinhos, assistente social...) que assumam a responsabilidade de organizar a medicação, supervisionar o uso, prover eventuais faltas e acionar a Unidade Básica de Saúde se necessário.
- c) Criar, imprimir e distribuir um folheto didático “Horários dos Medicamentos”.
- d) Especificar, adquirir e distribuir uma “Caixa de Remédios”.
- e) Revisar a medicação dos pacientes e treinar os cuidadores

### **Metas**

- a) Identificar os pacientes moradores solitários: em 100% do território até Maio/2019
- b) Identificar e designar cuidadores: para 100% dos pacientes até Out/2019
- c) Disponibilizar folheto de “Horários dos Medicamentos”: até Julho/2019
- d) Disponibilizar a “Caixa de Remédios”: até Julho/2019
- e) Revisar a medicação e treinar os cuidadores: para 30% dos pacientes e 30% dos cuidadores até Julho/2019 e 100% de ambos até Dez/2019

Os parâmetros para avaliação do atingimento dos objetivos específicos e do objetivo geral estão detalhados no quadro resumo a seguir.

Plano de Intervenção		
Ações	Indicadores	Parâmetros de avaliação
<b>1ª</b> Identificar e quantificar os moradores solitários idosos ou portadores de limitações físicas ou mentais (moradores alvo)	Total de domicílios visitados no território da UBS para identificação dos moradores alvo	100% dos domicílios: <b>Ótimo</b> >80% dos domicílios: <b>Bom</b> >50% dos domicílios: <b>Regular</b> >30% dos domicílios: <b>Ruim</b> <30% dos domicílios: <b>Péssimo</b>
<b>2ª</b> Identificar e nomear um cuidador (parente, amigo, vizinho, assistente social, agente comunitário de saúde)	Cobertura de cuidadores que aceitam a missão (pelo menos um cuidador para cada morador alvo)	100% de cobertura: <b>Ótimo</b> >80% de cobertura: <b>Bom</b> >50% de cobertura: <b>Regular</b> >30% de cobertura: <b>Ruim</b> <30% de cobertura: <b>Péssimo</b>
<b>3ª</b> Especificar e adquirir “Caixas dos Remédios” e criar e imprimir folheto didático de “Horários dos Remédios”	Data de entrega dos materiais especificados	Antes do prazo: <b>Satisfatório</b> Fora do prazo: <b>Insatisfatório</b>
<b>4ª</b> Treinar os cuidadores, fornecer os materiais, e organizar a medicação junto com o cuidador no domicílio de cada morador alvo	Quantidade de cuidadores nomeados e devidamente capacitados	100% dos cuidadores: <b>Ótimo</b> >80% dos cuidadores: <b>Bom</b> >50% dos cuidadores: <b>Regular</b> >30% dos cuidadores: <b>Ruim</b> <30% dos cuidadores: <b>Péssimo</b>
<b>5ª (Objetivo Geral)</b> Reduzir o risco de iatrogenia medicamentosa entre os moradores alvo através da implantação das medidas propostas no projeto	Porção de domicílios alvo em que o projeto foi plenamente implantado	100% dos domicílios: <b>Ótimo</b> >80% dos domicílios: <b>Bom</b> >50% dos domicílios: <b>Regular</b> >30% dos domicílios: <b>Ruim</b> <30% dos domicílios: <b>Péssimo</b>

Tabela 1 – Parâmetros de avaliação



## 2 MÉTODO

### METODOLOGIA DE PESQUISAÇÃO

Este projeto será desenvolvido segundo as linhas metodológicas da Pesquisação.

A definição de pesquisa-ação é proposta por Thiollent (2007): “um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação (ou mais ações) ou com a resolução de um problema coletivo, e onde pesquisadores e participantes representativos da situação ou problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo”.

A pesquisa-ação é um processo que se modifica continuamente em espirais de reflexão e ação, segundo Elliot (1997), e cada espiral inclui:

1. Aclarar e diagnosticar uma situação prática ou um problema prático que se quer melhorar ou resolver
2. Formular estratégias de ação
3. Desenvolver essas estratégias e avaliar sua eficiência
4. Ampliar a compreensão da nova situação
5. Proceder aos mesmos passos para a nova situação prática.

Essa dinâmica do reinício do processo em ciclos, a cada descoberta, a cada novo problema, é um desafio diante da limitação de recursos financeiros e tempo para pesquisa, criação, ação e entrega. Há que se ter cuidado com a delimitação de escopos e objetivos, para não sucumbir à armadilha do infundável. Por outro lado, o processo de descobrir e aprofundar, sucessivamente, é muito estimulante.

### PÚBLICO ALVO

O público alvo desta ação são os moradores solitários idosos ou portadores de limitações físicas ou mentais, incapacitados para realizar suas atividades de vida diária de

forma autônoma, como tomar o remédio certo na hora certa. São pessoas que correm risco de iatrogenia medicamentosa e são referidas aqui, resumidamente, como “moradores alvo”.

Nas visitas para identificação dos “moradores alvo” é esperado que se encontrem situações limítrofes, em domicílios habitados por mais pessoas, mas onde o relacionamento familiar é instável, com vínculos frágeis, insuficientes para garantir provimento dos cuidados elementares requeridos nesta ação. Nestas situações poderá ser necessária a participação de profissionais especializados para recuperar e fortalecer os vínculos, para os propósitos desta ação, ou talvez seja necessário designar outras pessoas para exercerem o papel de cuidadores e administrar a medicação de forma correta. Então, o público-alvo, poderá sofrer ampliação durante o desenvolvimento das ações. E o próprio conjunto de ações, talvez tenha que ser ampliado, incluindo treinamento e preparação desses cuidadores. Ora, a metodologia de pesquisa-ação, é muito apropriada para estas situações em que, durante o desenvolvimento do projeto, se identificam novas demandas.

As estratégias e procedimentos previstas para o plano de intervenção estão detalhadas no quadro a seguir.

Detalhamento do Plano de Intervenção		
Ação	Atividades	Responsáveis
Identificar e quantificar os moradores solitários idosos ou portadores de limitações físicas ou mentais (moradores alvo).	a) Confirmar abrangência do território de cada Agente de Saúde b) Identificar pelo cadastro os moradores alvo de cada território c) Produzir arquivo/listagem consolidada de moradores alvo	✓ Agentes Comunitários de Saúde ✓ Agentes Comunitários de Saúde ✓ Enfermeira e ACS
Identificar e nomear um cuidador (parente, amigo, vizinho, assistente social, agente comunitário de saúde...).	a) Visitar o morador alvo avaliando sua condição de vulnerabilidade ao risco de iatrogenia medicamentosa b) Identificar e nomear um <b>cuidador voluntário</b> (parente, amigo, vizinho...) c) Reconhecer os casos de abandono familiar ou de vínculos familiares frágeis, insuficientes para prestar cuidados básicos de vida. d) Preparar <b>cuidador designado</b> (assistente social, agente comunitário de saúde, agente municipal designado judicialmente...).	✓ Enfermeira ou Médico + ACS ✓ Enfermeira ou Médico + ACS ✓ Médico + Profissional do NASF ✓ Médico + Profissional do NASF
Especificar e adquirir “Caixas dos Remédios” e criar e imprimir folheto didático de “Horários dos Remédios”	a) Especificar a “Caixas de Remédios” com opções de preços e orçar b) Criar o folheto “Horário dos Remédios” com opções de preços e orçar c) Aprovar verba e autorização de compra	✓ Médico ✓ Médico ✓ Secretário de Saúde
Treinar os cuidadores, fornecer os materiais, e organizar a medicação junto com o cuidador no domicílio de cada morador alvo.	a) Treinar individualmente cada cuidador voluntário, fornecer os materiais e organizar a medicação no domicílio de cada morador. b) Treinar individualmente cada cuidador designado, fornecer os materiais e organizar a medicação no domicílio de cada morador.	✓ Médico e ACS ✓ Médico e Profissional do NASF
Reduzir o risco de iatrogenia medicamentosa entre os moradores alvo através da implantação das medidas propostas no projeto	a) Criar planilha e relatório de auditoria, registrando ocorrências como falta de remédios, horários de tomada impróprios, medicações irregulares ou não prescritas, automedicação, ajustes de posologia, renovações de receita e orientações ao cuidador e morador. b) Organizar controles com gráficos e relatórios estatísticos para avaliar resultados da intervenção	✓ Enfermeira e Médico ✓ Enfermeira e Médico

Tabela 2 – Estratégias e procedimentos de intervenção

## ATUAÇÃO CONJUNTA

O objetivo inicial deste projeto é evitar a iatrogenia medicamentosa e, pela limitação de tempo e recursos, no momento não se pretende ampliar o escopo do projeto. Mas, convém considerar possíveis situações em que o tratamento completo requeira cuidados mais amplos envolvendo alimentação especial, atividades físicas, fisioterapia, psicoterapia, etc. Nessas situações, a participação da equipe do NASF poderá ser ampliada, envolvendo outros profissionais especializados. É possível antever uma demanda ampliada caso se pretenda garantir adesão plena ao tratamento, com a eventual aplicação do conceito de “internação domiciliar”.

Nessas condições, é provável que sejam demandadas ações da equipe do NASF, detalhadas a seguir. O processo de trabalho multiprofissional envolvendo a equipe do NASF será estabelecido conjuntamente nas reuniões mensais de matriciamento.

### **Psicólogo:**

- Despertar e fortalecer no paciente o desejo de cura, estimulando a adesão ao tratamento.
- Assegurar que o vínculo entre cuidador e paciente seja suficientemente fortalecido para garantir a adequada administração dos medicamentos.

### **Assistente Social:**

- Garantir que a pessoa designada para cuidar do paciente esteja consciente de sua responsabilidade quanto à administração dos medicamentos, seguindo a posologia indicada pelo médico.
- Na falta de um cuidador voluntário, acionar os meios legais para garantir a designação de um cuidador nomeado judicialmente.

## CARACTERÍSTICAS DOS PRODUTOS/RECURSOS GERADOS

### **Folheto “Hora do Remédio”**

O público alvo deste projeto frequentemente apresenta limitações de discernimento que involuntariamente dificultam a adesão ao tratamento. Tomar o remédio certo, na hora certa, é uma ação fundamental para recuperação e manutenção da saúde. O

folheto “Hora do Remédio” reúne as informações básicas sobre a posologia dos remédios receitados, seguindo a prescrição do médico.

A ideia é que o folheto seja preenchido pelo Médico da Unidade de saúde, ou pelo Agente Comunitário de Saúde, seguindo a orientação do Médico, na presença do paciente, sendo acompanhada de detalhada explicação sobre cada tipo de remédio, a quantidade (dose) e os horários.

A tabela de remédios será produzida inicialmente no formato A5, impressão colorida, em tiragem de 1.000 unidades, com custo aproximado de R\$ 500,00.

A tabela será usada experimentalmente pelos Agentes Comunitários de Saúde e pelos Profissionais de Saúde da ESF Central por um período de 30 dias. Os eventuais ajustes necessários serão realizados antes da produção em série.

### **A “Caixa dos Remédios”**

Existem no mercado diversos equipamentos para separação e dosagem dos remédios que o paciente precisa tomar, alguns inclusive com dispensadores automáticos e alarmes sonoros. Alguns são muito simples, outros são eletrônicos e importados.

Um protótipo simples da “Caixa dos Remédios” será produzido experimentalmente, com o uso de materiais reciclados e os mesmos ícones do folheto “Hora do Remédio”. Serão verificados os aspectos químicos e físicos que podem produzir alterações nos princípios ativos dos medicamentos (oxidação, fotólise, etc). Superadas eventuais limitações técnicas, será produzida artesanalmente para uso experimental em pequeno grupo de pacientes. Aprovada sua eficácia através do aumento comprovado na adesão ao tratamento, a caixa será produzida em escala, ao custo estimado de R\$ 5,00 por unidade.

Durante o desenvolvimento do projeto, já em fase adiantada da implementação, foi constatada a necessidade de dois materiais adicionais: um folheto com orientações sobre “Práticas culinárias saudáveis” e um folheto com recomendações de “Hábitos de vida que preservam a vitalidade e o bem estar do idoso”. Ocorre que, na medida em que o plano de intervenção foi sendo implantado, ficou evidente que a adesão ao tratamento não se limita a tomar o remédio certo na hora certa, na dose certa. São necessárias também mudanças de hábitos de vida, no que se refere à dieta e à atividades físicas regulares. Então, estes dois

materiais estão sendo criados e produzidos, complementarmente, seguindo princípios da metodologia da Pesquisa, que prevê a incorporação de novos objetivos e novas ações na medida em que novas demandas vão sendo identificadas.

### MEIOS DE DIVULGAÇÃO

Este projeto será documentado em texto no formato de dissertação, apresentado em slides à banca examinadora e postado no Repositório Digital Institucional da UFPR, plataforma REA.

O mesmo texto e um conjunto ampliado de slides serão usados para treinamento de campo dos Agentes de Saúde, Enfermeiros e Médicos das Unidades Básicas de Saúde de Mangueirinha-PR, iniciando-se a implantação pela ESF-Central, onde o autor exerce suas atividades laborais.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

As primeiras reflexões que deram origem a este estudo surgiram nas visitas de reconhecimento do território da ESF Central de Mangueirinha-PR, em que foram identificadas pessoas idosas, moradoras solitárias, literalmente abandonadas em seus domicílios. A inquietação acadêmica teve como partida a constatação microrregional da realidade macro demográfica brasileira: o envelhecimento da população, e os riscos iatrogênicos envolvendo pessoas incapazes de cuidar de si mesmas.

A iatrogenia é um dos principais riscos à saúde da pessoa idosa e compõe o conjunto das cinco grandes síndromes geriátricas: instabilidade e quedas, incontinência urinária, insuficiência cerebral, iatrogenia e imobilidade (UNA-SUS, 2016).

Atualmente, na rotina semanal de visitas domiciliares, são evidenciados riscos crescentes de iatrogenia medicamentosa. Esta revisão bibliográfica apresenta uma coletânea de recomendações sobre o tema, publicadas pelas entidades mais representativas no campo da saúde.

#### RECOMENDAÇÕES DO SUS

O principal norteador bibliográfico deste trabalho é o Caderno de Atenção Básica nº 19 que trata do Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Os riscos de iatrogenia medicamentosa decorrentes dos exageros na prescrição médica, a chamada polifarmácia, são apontados pelo Ministério da Saúde. “É bastante frequente a prescrição de medicamentos com a finalidade de corrigir efeitos colaterais provenientes de outros agentes administrados anteriormente, que podem levar a uma cadeia de reações indesejáveis, a chamada cascata iatrogênica” (BRASIL, MS, 2006, pg. 55).

O Ministério da Saúde alerta que “essa questão torna-se ainda mais importante quando a pessoa idosa é atendida por diferentes especialistas, cada qual fornecendo uma prescrição específica sem considerar possíveis e frequentes duplicações e as interações medicamentosas. A principal consequência dessa atenção desintegrada é a ocorrência de iatrogenia” (BRASIL, MS, 2006, pg. 57).

## PREOCUPAÇÃO DA OMS

Com o objetivo de conhecer o contexto mundial, foi analisado um relatório da Organização Mundial da Saúde, publicado em 2003, e que posteriormente deu origem ao livro *Adesão a Terapias de Longo Prazo: evidências para ação*. Nessa publicação, são apresentados cálculos atuariais e projeções demográficas do envelhecimento populacional mundial e seus impactos sobre os sistemas governamentais de saúde pública. Ficam evidentes as preocupações da OMS sobre os riscos de iatrogenia entre os pacientes idosos que não aderem plenamente aos tratamentos medicamentosos, e resistem às mudança de hábitos de vida (alimentação saudável, atividade física, etc.). “Aumentar a eficácia de adesão aos tratamentos poderia ter um impacto sobre a saúde da população muito maior do que qualquer melhoria em tratamentos médicos específicos de qualquer doença” (SABATÉ, 2003, pg. 13).

## ORIENTAÇÕES DA AMB/CFM

Com olhar voltado para o contexto nacional, uma importante referência é a Associação Médica Brasileira e o Conselho Federal de Medicina. Ambas, em conjunto, dedicaram uma edição do Projeto Diretrizes para abordar a importância do tema *Adesão ao Tratamento*, endossando a opinião de especialistas de que “a aderência ao tratamentos não se restringe a prescrever um medicamento ou uma conduta” e que “não se pode imaginar que as pessoas seguirão, mecanicamente, o que está escrito e o que foi falado” (AMB; CFM, 2009, pg.9). Isto se torna ainda mais importante se o paciente envolvido padece dos efeitos deletérios da senilidade ou das próprias doenças, que comprometem a memória, a compreensão e o discernimento.

## DISCUSSÕES CIENTÍFICAS E ACADÊMICAS

No contexto acadêmico, a pesquisa bibliográfica revelou diversas teses e artigos que recomendam cuidados específicos com o paciente internado, para evitar a iatrogenia no ambiente hospitalar, como se vê, por exemplo, no artigo “O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras”, publicado pela Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia em 2016:



A população idosa precisa de cuidados específicos, muitos deles especializados e direcionados às peculiaridades advindas com o processo do envelhecimento, sem segregá-los da sociedade. Um dos cuidados, a assistência hospitalar, deve, portanto, ser organizada de forma a atender às necessidades geradas por esse envelhecimento populacional (MIRANDA et al., 2016).

O mesmo artigo trás números que dimensionam a assistência hospitalar a população idosa. Em 2013, as pessoas com mais de 65 anos consumiram 31,6% dos gastos públicos com internações hospitalares. Ainda, segundo os mesmos autores, no período de “1998 a 2013 ocorreram quase 38 milhões de internações entre idosos do SUS, aproximadamente 152 internações por 1.000 idosos”.

Diversas publicações em língua estrangeira apontam para o risco de iatrogenia entre a população idosa em países com idade média populacional maior que a brasileira, e que, portanto, servem como referência sobre que já foi feito para minimizar esses riscos. É o que se vê, por exemplo, no artigo publicado pela Oxford University em 2013 com o título Estratégias para reduzir o risco de doenças iatrogênicas em adultos idosos. (Strategies to reduce the risk of iatrogenic illness in complex older adult). O artigo propõe uma ferramenta para triagem de medicamentos potencialmente inadequados, chamada STOPP (Screening Tool of Older Persons’ Prescriptions) e outra, para a detecção de possíveis omissões de prescrições de medicamentos indicados e potencialmente benéficos, chamada START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Essas ferramentas têm por objetivo auxiliar a prescrição médica e evitando iatrogenia decorrente de polifarmácia (ONDER et al., 2013).

### ESPECULAÇÕES DO “LIVRE PRENSAR”

Durante o desenvolvimento deste estudo foi sendo observada uma prática crescente entre idosos, que merece ser investigada em profundidade: o estoque de grande quantidade de medicamentos regularmente prescritos pelos médicos, além de remédios diversos, adquiridos por recomendações de vizinhos e parentes, indicação de vendedores, anúncios nos meios de comunicação de massa e, mais recentemente, *fake news* na internet e nas redes sociais. A população padece de um verdadeiro “folclore hipocondríaco” como diz Bucher (1992).

A questão, então, é: por que, tantas pessoas, principalmente os idosos, deixam de cumprir o tratamento que lhes é prescrito? Talvez, porque não estejam, de fato, doentes, sob o ponto de vista orgânico, mas, desenvolveram doença mental. Ou, talvez, porque a suposta doença lhes proporciona ganhos secundários, como atenção e cuidados, daí a conveniência de manter-se doente. É possível que as falhas na adesão sejam apenas “atos falhos”, na acepção psicanalítica, como se vê na obra completa de Freud (1996).

Este é um subtema ainda não plenamente pesquisado, mas que merecerá aprofundamento em tempo oportuno. Considerando que neste trabalho está sendo empregada a metodologia de pesquisa, poderá justificar-se, com base em Elliot (1997), a abertura de novas frentes de investigação, na medida em que avança a proposta de intervenção.

## **4 RESULTADOS / DISCUSSÃO**

### **Escopo do projeto:**

Nas visitas domiciliares rotineiras foram encontradas muitas pessoas idosas morando sozinhas, muitas vezes acometidas por doenças incapacitantes, em graus avançados de senilidade. Essas pessoas estavam em clara situação de risco de iatrogenia medicamentosa, definida como o dano à saúde causado pelo uso indevido de remédios, e configura um espectro de situações que variam da subdosagem ao excesso posológico, todas potencialmente prejudiciais ou letais.

Este projeto visa identificar essas pessoas, encontrar e treinar cuidadores voluntários ou judicialmente designados, criar instrumentos que facilitem a organização dos remédios e o uso do remédio certo, no horário certo, na dose certa.

### **Andamento do Projeto:**

Na data de corte, em que foi redigido este documento, o projeto encontrava-se em pleno andamento, com ações iniciadas em diversas frentes, algumas já concluídas, e outras previstas, conforme detalhamento apresentados na Tabela 3 – Cronograma do Plano de Intervenção.

No decurso do projeto, ocorreu o desligamento voluntário de três médicas que atuavam na Atenção básica do município de Manguinhos/PR, resultando em sobrecarga dos demais médicos, aos quais foi redistribuída a demanda de consultas e atendimentos. Ao autor deste trabalho coube assumir o atendimento da ESF-Vila Verde, com impacto neste projeto, mas ao mesmo tempo foi criada a oportunidade de ampliar a área de aplicação deste Plano de Intervenção. O território ampliado passou a abranger cerca de seis mil pessoas.

### **Envolvimento da Equipe e da Gestão:**

Desde o início do projeto, houve envolvimento de todos os profissionais da equipe da ESF Central de Manguinhos/PR, principalmente dos Agentes Comunitários de Saúde e da Enfermagem e, mais recentemente, também da equipe da ESF Vila Verde. Conforme previsto, também estão sendo envolvidos profissionais especialistas do NASF, com obtenção de apoio pleno nas atividades conjuntas.

A intervenção contou com o apoio do Secretário de Saúde do Município, que disponibilizou os recursos financeiros necessários ao custeio do projeto. A depender dos resultados alcançados, o projeto poderá ser estendido às outras unidades de saúde do município.

### **Prazos e Recursos**

Os prazos previstos no projeto se estenderão para além da data de apresentação do Plano de Intervenção (10/08/2019). Mas o plano de intervenção já está parcialmente implantado na área central do território adstrito, abrangendo uma parcela de aproximadamente 30% da população alvo (no final do mês de Julho/2019). Desta forma, já se têm números iniciais para apresentação dos primeiros resultados.

Na verdade, os primeiros resultados já ocorreram, de forma antecipada e informal: os Agentes Comunitários de Saúde estão mais conscientes do risco de iatrogenia que afeta idosos solitários, e têm tomado a iniciativa de convidar parentes, vizinhos, amigos, para ajudar a controlar a medicação dessas pessoas, nas suas microrregiões.

### **Primeiros Resultados**

Uma reunião de trabalho foi realizada com a Enfermeira, os Agentes Comunitários de Saúde e um grupo de Cuidadores, no final do terceiro mês de desenvolvimento do projeto, com duração de aproximadamente 3 horas. Foram apresentadas as linhas gerais do Plano de Intervenção, e solicitado às ACS a identificação de Idosos Solitários moradores das suas respectivas microrregiões.



**Figura 1 – Primeira reunião de treinamento**



Está concluída a etapa de produção da “Caixa de Remédios” porque foi obtido um estoque residual de *pochettes* para remédios, usadas no programa HiperDia, plenamente adequadas para os propósitos deste projeto.



**Figura 4 – Pochette para organização dos remédios**

Também foi concluído o projeto gráfico e layout do folheto “Horários dos Remédios”. O tempo de produção é relativamente curto, porque foi feita a opção pela reprodução em impressora *ink-jet* com custo final menor do que a produção em impressora *offset*. Além disso, desta forma, não será necessário estocar materiais, pois a produção pode ser realizada sob demanda, com suprimento *just-in-time*.

Nome: _____	ACORDAR	CAFÉ da MANHÃ	LANCHE da MANHÃ	ALMOÇO	LANCHE da TARDE	JANTAR	DORMIR
Vizinho: _____							
Tel: _____							
<b>HORÁRIOS:</b>							
A							
B							
C							
D							
E							
F							
G							
H							
I							

**Figura 5 – Folheto “Horário dos Remédios”**


### **Novas oportunidades na Pesquisação**

Na medida em que o projeto foi sendo delineado, novas ideias e oportunidades começaram a surgir. A troca de informações com outros colegas médicos somadas às experiências vivenciadas nas visitas domiciliares tornaram evidente que o risco de iatrogenia medicamentosa entre idosos solitários está situado em um campo de preocupações mais amplo: a baixa adesão aos tratamentos.

Garantir que o idoso solitário tome os remédios certos, na hora certa e na dose certa é um grande objetivo, mas o tratamento medicamentoso é apenas uma parte dos tratamentos completos. É necessária também a mudança de hábitos de vida, que inclui dieta adequada e atividade física regular. Além disso, há que se tentar mudar hábitos nocivos como o uso do álcool e do tabagismo, bastante frequentes entre a população idosa, alvo do projeto.

A pesquisação é um processo que se modifica continuamente em espirais de reflexão e ação, segundo Elliot (1997). Desta forma, o escopo do projeto foi ampliado, incluindo no conjunto de ações de intervenção, um treinamento e um folheto sobre dieta recomendada para os idosos, adaptada às principais patologias desse grupo: hipertensão, diabetes, doenças musculoesqueléticas, respiratórias e psiquiátricas.

**A dieta do idoso**




**Nutrição geral:**

**Líquidos:** são recomendados 8 a 10 copos de líquidos ao dia. Deve-se incentivar o consumo de sucos, água de côco, gelatina, chá de ervas.

**Fibras:** a recomendação é de 20 a 30 g de fibras encontradas em frutas, legumes, folhas, aveia, cevada, trigo e outros grãos.

**Calorias:** recomenda-se para os idosos com idade acima de 65 anos; 35 a 40 Kcal/kg/dia e para as idosas, 33 a 40 Kcal/kg.

**Dicas de Culinária Saudável**



- Quando você cortar o abacate e usar apenas uma de suas partes, coloque um pouco de farinha de rosca na sua outra parte para ela não escurecer.
- Para conservar a alface sempre fresquinha, lave bem as folhas e enxugue. Depois, coloque numa vasilha hermeticamente fechada e guarde na geladeira.
- Deixe os dentes de alho de molho em água durante dez minutos antes de usar. As casquinhas se soltarão facilmente e você não ficará com cheiro de alho nas mãos.
- Depois que o arroz estiver pronto, faça um furo no meio e adicione uma colher de sopa de vinagre. Abaixar o fogo e deixe cozinhar por mais dois minutos. O arroz ficará mais soltinho.

EM DESENVOLVIMENTO

### **Figura 6 – Folheto “Dieta do idoso e práticas culinárias saudáveis”**





Também se encontra em desenvolvimento um folheto de recomendações sobre mudanças de hábitos de vida para os portadores dessas patologias e, ainda, a divulgação dos recursos disponíveis na Unidade de Saúde para apoiar a cessação de maus hábitos como o alcoolismo e o tabagismo. Coincidentemente, o autor deste projeto é também coordenador do programa antitabagista que está sendo desenvolvido no município, o que gera oportunidade de sinergia entre diferentes programas, que podem se potencializar, em sintonia com os princípios metodológicos da pesquisa.


Essa ampliação do escopo do projeto ensejou a definição mais precisa do título do Plano de Intervenção, que passou a ser mais abrangente: Risco de iatrogenia medicamentosa entre idosos solitários: medidas para aumentar a aderência ao tratamento.

### **Cronograma**

A planilha apresentada na página seguinte detalha o cronograma de controle do Plano de Intervenção, com a situação na data de corte para apresentação deste projeto.



Data	Prazo	Objetivo	Atividades	Responsáveis	Recursos
06/Mai a 14/Jun	6 Semanas 	Identificar e quantificar os moradores solitários idosos ou portadores de limitações físicas ou mentais (moradores alvo).	a) Confirmar abrangência do território de cada Agente de Saúde b) Identificar pelo cadastro os moradores alvo de cada território c) Produzir arquivo/listagem consolidada de moradores alvo	✓ Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ✓ ACS ✓ Enfermeira e ACS	Visitas domiciliares Cadastro SUS Arquivo Excel
17/Jun a 26/Jul	5 Semanas 	Identificar e nomear um cuidador (parente, amigo, vizinho, assistente social, agente comunitário de saúde).	a) Visitar o morador alvo avaliando sua condição de vulnerabilidade ao risco de iatrogenia medicamentosa b) Identificar e nomear um “cuidador voluntário” (parente, amigo, vizinho...) c) Reconhecer os casos de abandono familiar ou de vínculos familiares frágeis, insuficientes para prestar cuidados básicos de vida. d) Preparar “cuidador designado” (assistente social, agente comunitário de saúde, agente municipal designado judicialmente...).	✓ Enfermeira ou Médico + ACS ✓ Enfermeira ou Médico + ACS ✓ Médico + Profissional do NASF ✓ Médico + Profissional do NASF	Visitas domiciliares Cadastro SUS Arquivo Excel Slides em PPT Laptop e Datashow Veículo (no interior)
03/Jun a 28/Jun	4 Semanas 	Especificar e adquirir “Caixas dos Remédios” e criar e imprimir folheto didático de “Horários dos Remédios”	a) Especificar a “Caixas de Remédios” com opções de preços e orçar b) Criar o folheto “Horário dos Remédios” com opções de preços e orçar c) Aprovar verba e autorização de compra	✓ Médico ✓ Médico ✓ Secretário de Saúde	Pochetes HIPERDIA (já existentes, substituirão as caixas de remédios). Folhetos impressos
01/Jul a 29/Nov	5 Meses 	Treinar os cuidadores, fornecer os materiais, e organizar a medicação junto com o cuidador <u>no domicílio</u> de cada morador alvo.	a) Treinar individualmente cada cuidador <u>voluntário</u> , fornecer os materiais e organizar a medicação no domicílio de cada morador. b) Treinar individualmente cada cuidador <u>designado</u> , fornecer os materiais e organizar a medicação no domicílio de cada morador.	✓ Médico e ACS ✓ Médico e Profissional do NASF	Laptop Slides PPT Reserva de sala de treinamento Veículo (no interior)
29/Abr a 20/Dez	8 Meses 	Reduzir o risco de iatrogenia medicamentosa entre os moradores alvo através da implantação das medidas propostas no projeto	a) Criar planilha e relatório de auditoria, registrando ocorrências como falta de remédios, horários de tomada impróprios, medicações irregulares ou não prescritas, automedicação, ajustes de posologia, renovações de receita e orientações ao cuidador e morador. b) Organizar controles com gráficos e relatórios estatísticos para avaliar resultados da intervenção	✓ Enfermeira e Médico ✓ Enfermeira e Médico	Arquivos Excel Planilhas e Gráficos Slides PPT

 CONCLUÍDO
  NO PRAZO
  ATRASADO
  PREVISTO NO PLANO

**Tabela 3 – Cronograma do Plano de Intervenção**

(situação na data de corte para publicação deste documento)

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral deste projeto é reduzir o risco de iatrogenia medicamentosa entre idosos solitários. Como objetivos específicos, seria necessário, primeiramente, identificar todos os pacientes moradores solitários no território de atuação da ESF Central de Mangueirinha-PR e, em seguida, designar cuidadores (parentes, amigos, vizinhos...) para supervisionar o uso da medicação e, ainda, criar instrumentos de apoio como uma tabela de horários dos remédios, uma caixa para a organização dos medicamentos, e outros instrumentos auxiliares à maximização da adesão aos tratamentos.

No momento em que se encerra o prazo para a publicação deste trabalho, já foram atingidos resultados significativos, como o inventário completo dos idosos moradores solitários, mais de 30% dos mesmos já contam um cuidador formalmente designado e habilitado, e já se encontram em pleno uso os materiais de apoio, criados para instrumentar o trabalho dos cuidadores: a tabela iconográfica de horário dos remédios, a *pochette* portátil para organizar os medicamentos, e uma versão preliminar dos folhetos de práticas culinárias saudáveis e do folheto com recomendações de hábitos de vida que preservam a vitalidade e o bem estar do idoso.

O projeto está trazendo benefícios à comunidade e à população idosa do município de Mangueirinha-PR. As Agentes Comunitárias de Saúde têm relatado bons exemplos de pessoas que se voluntariam para exercer o papel de cuidador. Entre a população alvo é fácil perceber o aumento da adesão aos tratamentos, com sinais de melhora da saúde geral. Médicos e enfermeiros de outras unidades de saúde têm demonstrado interesses em expandir o projeto às suas áreas de atuação. O plano de intervenção prossegue, com metas de expansão até 2020, com potencial de ampliação para outros territórios. A principal fragilidade, obviamente, é o tempo de trabalho disponível para o projeto, que concorre com o atendimento da demanda espontânea e das outras atividades estruturadas, em curso, como os grupos de HiperDia, Dor Crônica e Tabagismo, além das ações preventivas nas escolas e colégios e na reserva indígena, e do programa de capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde. Como pontos positivos, não têm faltado apoio da Gestão da Secretaria Municipal de Saúde, nem tampouco recursos financeiros para a produção dos materiais utilizados no projeto.

Para finalizar, segue uma breve reflexão sobre o tema adesão ao tratamento. Muitos médicos conseguem fazer diagnósticos precisos e prescrevem medicamentos

corretamente. Alguns bons médicos orientam adequadamente o paciente e enfatizam a importância de tomar o remédio certo, na dose certa, na hora certa e, por isso, conseguem resultados melhores. Por fim, alguns poucos ótimos médicos fazem tudo corretamente, do ponto de vista da propedêutica clássica, e indicam, também, as mudanças de hábitos de vida (como o controle da dieta e atividade física regular) que, às vezes, são tão ou mais importantes que a própria medicação. A recomendação final deste projeto se destina aos colegas médicos. O tratamento é um processo que envolve múltiplos personagens: o paciente, seus familiares, os cuidadores e os diversos profissionais de saúde e todos precisam estar permanentemente empenhados para garantir a atitude chave do sucesso: **a adesão plena ao tratamento**. É missão do médico liderar este processo.

## REFERÊNCIAS

- UNA-SUS. **Especialização Multiprofissional na Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Florianópolis: UFSC, 2016.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica nº 19: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- SABATÉ, E. **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Genebra: World Health Organization, 2003.
- AMB/CFM. **Aderência a Tratamento Medicamentoso**. São Paulo: Projeto Diretrizes, 2009.
- MIRANDA, G. D. et al. **O Envelhecimento Populacional Brasileiro: Desafios e Consequências sociais atuais e futuras**. Rio de Janeiro: Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2016; 19(3):507-519.
- ONDER, G. et al. **Strategies to reduce the risk of iatrogenic illness in complex older adults**. Oxfordshire: Oxford University Press: Age and Ageing 2013; 42: 284–291.
- BUCHER, R. **Drogas e drogadição no Brasil**. São Paulo: Artes Médicas, 1992.
- FREUD, S. **Além do Princípio do Prazer**. In: Obras psicológicas completas. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- ELLIOT, J. **La investigación-acción en educación**. Tradução de Pablo Manzano. 3. ed. Madrid: Morata, 1997.